

анализ оперативного лечения пороков развития у новорожденных, что составляло 2,5% всех вмешательств, выполненных за последние 8 лет в хирургическом отделении Минской областной детской клинической больницы. Чаще всего при экстренных операциях требовались минимальные травматичность и продолжительность вмешательства. Как первый этап операции при кишечной непроходимости нередко накладывали энтеростомы. Новорожденные плохо переносили разгрузочные стомы. Закрывали их через 7—10 дней, последующие этапы лечения проводились в специализированном отделении Центра детской хирургии.

Профессор В. А. Катько, А. А. Сорока, А. А. Овчаренко доложили о наблюдении 52 детей, оперированных по поводу атрезии пищевода. Недостаточная реабилитация, а иногда неправильное лечение привели к смерти 13 детей. Основные причины летальных исходов — пневмония, стеноз пищевода, сопутствующие пороки развития. Отдаленные результаты лечения 38 больных хорошие.

В докладе **Й. Ф. Абу-Вайда, А. Н. Никифорова** представлена тактика лечения детей с аноректальными пороками развития. Разработана программа обследования новорожденных и детей старше одного месяца. Больным накладывалась соответствующая колостома. Затем в зависимости от формы порока производился выбор вида оперативного вмешательства. Даны новые сведения о патогенезе болезни Гиршпрунга. Внесены изменения в технику выполнения операций Соаве и Дюамеля. Функциональные результаты лечения у всех детей хорошие.

Б. И. Мацкевич, К. М. Иодковский, Г. И. Войтеховский поделились результатами лечения 21 больного врожденным уретерогидронефрозом (дети в возрасте от 1,5 месяцев до 14 лет). Предпочтение отдавалось органосохраняющим операциям с моделированием мочеточника. Трем детям вынуждены были произвести уретеронефрэктомии. После выписки из стационара больные продолжают нуждаться в консервативном лечении по поводу пиелонефрита в течение 1,5—2 лет.

Профессор Н. Е. Савченко и соавт. представили доклад о повторных реконструктивных операциях у детей с гипоспадией. За 20 лет в клинике Минского медицинского института повторные реконструктивные операции выполнены у 191 больного. Одним из основных направлений успешного лечения гипоспадии следует считать профилактику ранних и поздних осложнений. Авторы считают, что у каждого не оперированного ранее больного с гипоспадией имеется достаточное количество пластического материала.

Состоялись прения по организационно-тактическим проблемам хирургической неонатологии, диагностике послеоперационных осложнений при хирургической коррекции врожденных пороков пищевого канала и их предупреждению, перспективам реабилитации детей после хирургической коррекции врожденных аномалий.

Все представленные на съезде доклады были заслушаны с большим интересом. Состоялись дискуссии и обмен мнениями. Отмечен высокий уровень представленных докладов и хорошая организация работы съезда.

МЕЖДУНАРОДНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ “НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ХИРУРГИИ ОРГАНОВ БИЛИОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ”

(16—17 ноября 1995 г., Москва)

канд. мед. наук **С. С. СТЕБУНОВ**

Витебский медицинский институт

16—17 ноября 1995 г. в Москве на базе Российского университета Дружбы народов проходила международная конференция, посвященная актуальным во-

просам диагностики и лечения заболеваний панкреатобилиарной зоны. В работе конгресса приняли участие около 300 хирургов из разных стран СНГ и

дальнего зарубежья, в том числе Германии, США. На семинарах и секционных заседаниях конференции было представлено 198 работ, заслушано 55 докладов на темы диагностики хирургических заболеваний, применения новых технологий в традиционной хирургии билиопанкреатодуоденальной зоны, а также развития малоинвазивной хирургии.

Д и а г н о с т и к а

На секционном заседании, посвященном данной проблеме, было отмечено огромное значение и рассмотрены вопросы применения ультразвуковой диагностики в хирургии органов билиопанкреатодуоденальной зоны, возможности и место компьютерной томографии, цветной и импульсной доплерографии, а также эндоскопических и лапароскопических методов.

В докладе академика К. В. Лапкина, С. В. Морозовой и В. А. Иванова **“Значение ультразвуковой диагностики в хирургии органов билиопанкреатодуоденальной зоны”** предлагалось применение специальных, разработанных на кафедре хирургии Российского университета Дружбы народов методик ультразвукового исследования, которые позволяют значительно увеличить диагностическую ценность метода.

К этим методикам относятся:

- методика визуализации желчевыводящих протоков на всем их протяжении;

- методика визуализации и дифференциальной топической диагностики опухолей, т. е. рака большого дуоденального сосочка, терминального отдела холедоха и головки поджелудочной железы;

- методическая схема оценки косвенных признаков опухолей и уровня опухолевой блокады при механической желтухе.

Применение данных методик позволило повысить информативность УЗИ от 93,1 до 98,5% при желчнокаменной болезни; в диагностике холедохолитиаза—до 90% и стеноза большого дуоденального сосочка—76%; при раке под-

желудочной железы информативность возросла до 97,4%.

В. Ю. Мишин (Москва) в докладе **“Компьютерная томография в диагностике и лечении нагноившихся псевдокист поджелудочной железы”** рассмотрел результаты дренирования кист поджелудочной железы под контролем компьютерной томографии, отметив безопасность, малотравматичность и высокую эффективность данного метода.

В докладе Г. И. Кунцевича, В. А. Вишневского и соавт. **“Опыт применения цветного доплеровского картирования и импульсной доплерографии у больных с очаговыми поражениями печени до и во время операции”** подчеркнуты аспекты дифференциальной диагностики очаговых поражений печени при помощи ультразвукового исследования в сочетании с цветным доплеровским картированием. Полученные результаты были сопоставлены с данными интраоперационного ультразвукового исследования и отмечена высокая информативность предлагаемого метода.

Профессор С. Г. Шаповальянц в докладе **“Некоторые аспекты дифференциальной диагностики хронического панкреатита и рака поджелудочной железы”** отметил важность методов ЭРХПГ и определения опухолевого маркера СА 19-9 в комплексной дифференциальной диагностике хронического панкреатита и рака поджелудочной железы.

Доклад С. А. Панфилова и соавт. был посвящен вопросам сонографического исследования ложа желчного пузыря после лапароскопической холецистэктомии. При анализе результатов обследования 47 больных делается вывод, что УЗИ ложа пузыря целесообразно делать уже в конце первых суток послеоперационного периода. Если в это время в проекции ложа определяется нечеткое отграниченное гипоехогенное образование, это указывает на возможность возникновения ранних местных послеоперационных осложнений. Отграниченные жидкостные образования могут возникать на месте ложа после удаления пузыря на третьи сутки послеоперацион-

ного периода, однако в случае его благоприятного течения быстро регрессируют к 5—7 суткам.

Т р а д и ц и о н н а я х и р у р г и я

Профессор Э. И. Гальперин и соавт. рассказали о 100 эффективных операциях без дренажа при посттравматической рубцовой стриктуре печеночных протоков (стриктура 0). У 85% больных первопричиной стриктуры явилась ятрогенная травма (при холецистэктомии, резекции желудка). Причем у 80,5% больных ранее уже производились операции на желчных протоках, а у 69% была механическая желтуха и гнойный рецидивирующий холангит. Опыт авторов и изучение отдаленных результатов показали, что при тщательном выделении печеночных протоков проксимальнее рубцовой ткани и адаптации слизистых оболочек тонкой кишки и желчных протоков нет необходимости в применении дренажа как на короткий период времени (2—3 недели), так и на более длительный срок (1,5—2 года).

Профессор К. В. Лапкин, Г. П. Титова, В. И. Малярчук, В. П. Русанов, С. В. Морозова в докладе “Выбор шовного материала в прецизионной хирургии органов билиопанкреатодуоденальной зоны”, по данным экспериментальных исследований на 538 крысах, 68 собаках и при анализе результатов операций в клинике у 2810 больных делают выводы, что наиболее полно требованиям к идеальному шовному материалу для хирургии желчевыводящих протоков и поджелудочной железы отвечают пролен и максон, а применение прецизионной техники при наложении швов в данной области позволяет снизить летальность в несколько раз, и в отдаленном периоде свыше 12 лет не наблюдать случаев развития лигатурного холелитиаза и рубцовых стриктур.

О преимуществах прецизионной техники говорилось и в докладе **“Прецизионная хирургия доброкачественных заболеваний желчевыводящих протоков”** К. В. Лапкина и соавт.

Профессор В. М. Буянов, В. Н. Елиев и соавт. на основании экспериментальных исследований и достаточно большого клинического опыта рекомендовали использование техники однорядного непрерывного желудочно-кишечного шва, отмечая его простоту и высокую надежность при операциях в гастропанкреатодуоденальной зоне.

Профессор В. А. Вишневский и соавт. в докладе “Современные принципы операций на печени” на примере 170 резекций печени выделили следующие факторы, определяющие успех операции:

- четкая ориентация в анатомии сосудисто-секреторных образований печени и их взаимоотношений с патологическим очагом;

- количественная оценка операционного риска и риска развития печеночной недостаточности после операции;

- совершенное анестезиологическое обеспечение с инвазивным мониторингом параметров центральной гемодинамики, параметров гемостаза, а также возможности быстрого восполнения массивной кровопотери с помощью аппаратов типа “Гемонетик”;

- применение двухподрезберного доступа и специальных ретракторов;

- интраоперационное УЗИ с целью уточнения расположения печеночных вен, Глиссоновых элементов и их отношений с очагом;

- выполнение операции с предварительной мобилизацией соответствующей доли печени, выделением и перевязкой сосудов удаляемого сегмента печени, а также подготовкой к возможному пережатию гепатодуоденальной связки и нижней полой вены;

- тщательный гемостаз с помощью плазменного аргонного коагулятора, атравматического шовного материала и гемостатических пленок;

- четкое, отработанное ведение больных после операции с интенсивной терапией, направленной на коррекцию водно-электролитного обмена, параметров гемостаза, а также рациональную антибиотикотерапию и парентеральное

питание; динамическое УЗИ и компьютерную томографию с целью раннего выявления осложнений.

Соблюдение вышеперечисленных принципов и техники выполнения операций на печени позволило авторам снизить послеоперационную летальность при резекциях печени до 7—9%, а количество послеоперационных осложнений до 10—20%.

В докладе **“Хирургическое лечение опухолей ворот печени”** В. А. Вишневский и соавт. сообщили о результатах оперативного лечения 17 больных с опухолью ворот печени.

Послеоперационная летальность была 5,8%. В докладе было отмечено, что ряд больных с опухолями конfluence печеночных протоков не следует считать инкурабельными. При использовании соответствующей техники такие опухоли можно радикально удалить, предварительно резецировав переднюю часть IV сегмента или долю печени.

Ю. И. Патютко, А. Г. Котельников и И. В. Сагайдак из Москвы сообщили о результатах 80 гастропанкреатодуоденальных резекций, выполненных по поводу опухолей билиопанкреатодуоденальной зоны со снижением частоты острого послеоперационного панкреатита с 18,6 до 5%, частоты несостоятельности швов панкреатоеюноанастомоза—с 11,7 до 1,3%, панкреонекроза—с 11,7 до 2,5% и с летальностью в 5,9%.

И. М. Буриев, А. А. Карелин и М. Ю. Сольх (Москва) в докладе **“Новые возможности в лечении наружных панкреатических свищей”** представили результаты применения в качестве окклюзионного материала “Раброма”—рассасывающегося антибактериального материала и нейропептида “Сандостатина” для профилактики постокклюзионного панкреатита.

А. В. Федоров продолжает многолетние исследования эффективности применения в абдоминальной хирургии современных сшивающих аппаратов для наложения механических швов.

Малоинвазивная хирургия

Секционное заседание по вопросам малоинвазивной хирургии открыл

профессор Ю. И. Галлигер, который совместно с А. Д. Тимошиным представил обзорный доклад по техническим аспектам лапароскопической холецистэктомии, основанный на результатах 6000 лапароскопических холецистэктомий, проведенных в клиниках г. Москвы, и на собственном пятилетнем опыте. В нем подробно были представлены вопросы показаний и противопоказаний к лапароскопической холецистэктомии, разобраны ошибки, осложнения и технические аспекты данного хирургического вмешательства.

Огромный интерес аудитории вызвали доклады профессора Куната из Германии. Первый доклад был посвящен методикам хирургического лечения ожирения (методика формирования “малого желудка”) с помощью лапароскопической техники.

Во втором докладе профессор Кунат изложил свою позицию по вопросу этиологии и патогенеза рефлюкс-эзофагита и с помощью видеофильмов продемонстрировал технику оперативного лапароскопического лечения данной патологии.

Профессор А. С. Ермолов с соавт. в докладах **“Вопросы о дооперационном обследовании больных и применении видеолапароскопической холецистэктомии при остром холецистите”** и **“Инвазивные ультразвуковые методики в сочетании с видеолапароскопической холецистэктомией в этапном лечении больных с острым холециститом”** отметили особенности дооперационного обследования больных с острым холециститом, методики интраоперационного обследования и техники лапароскопической холецистэктомии.

Профессор С. М. Емельянов, В. В. Феденко, Н. Л. Матвеев, В. В. Евдошенко представили доклады **“Лапароскопическая холецистэктомия при остром холецистите”** и **“Однопрокольная лапароскопическая холецистэктомия в эксперименте”**. В первом докладе авторы предложили ряд оперативных приемов, позволяющих облегчить техническое выполнение эндоскопического вме-

шательства: цветную гидравлическую препарирование, удержание желчного пузыря за прошитые лигатуры, использование гемостатической губки для остановки кровотечения из печени, obturацию перфорационного отверстия в пузыре поролоновой губкой. Второй доклад имеет больше научное, чем практическое значение. Был представлен видеофильм, демонстрировавший возможность проведения холецистэктомии через один прокол в эксперименте на животных.

Доклад В. И. Ревякина и соавт. был посвящен вопросам расширения показаний к лапароскопической холецистэктомии у больных после перенесенной лапаротомии, у пациентов с ожирением III—IV степени и с пупочными грыжами.

Профессор К. В. Лапкин, А. Е. Климов и Р. В. Теодорадзе продолжают разработку путей снижения числа осложнений при лапароскопических операциях. В своем докладе **“Принципы безопасности при выполнении лапароскопической холецистэктомии”** они рассмотрели технические приемы, позволяющие при тщательном их выполнении почти полностью исключить возможность особо опасных осложнений.

К этим принципам относятся:

- достоверная предоперационная диагностика особенностей патологии желчного пузыря и окружающих органов и тканей для правильного отбора больных для лапароскопической операции;

- высокое качество и надежность видеоаппаратуры и инструментов;

- использование качественной электрохирургической аппаратуры для безопасной коагуляции и оптимального рассечения тканей;

- достаточный опыт хирурга в лапароскопической хирургии и свободное владение техникой хирургических вмешательств на органах панкреатобилиарной системы из лапаротомного доступа;

- учет возможных вариантов протоковых и сосудистых образований;

- препарирование пузыря как можно ближе к его стенке, выход на шеечно-протоковый переход со стороны задней стенки шейки и пузырного протока через предварительно сформированное широкое окно в брыжейке пузыря;

- правильные навыки этих операций приобретаются только в процессе специальной подготовки хирургов в учебных центрах при клиниках с большим опытом хирургии органов билиопанкреатодуоденальной зоны. Наиболее целесообразен бригадный метод, когда вместе с хирургами подготавливаются специалисты по ультразвуковой диагностике и эндоскопии.

Коллектив авторов из Новомосковска во главе с профессором В. П. Сажиным доложил о результатах лапароскопического лечения 250 больных с желчнокаменной болезнью. Из них 20% больных были с острым холециститом. По данным авторов, у 5% больных потребовалось выполнение интраоперационной холангиографии, при которой у 4 больных выявлен холедохолитиаз, не диагностированный до операции. Этим больным была выполнена лапароскопическая холедохолитотомия. Был продемонстрирован видеофильм—лапароскопическая холедохолитотомия с холедохоскопией и литоэкстракцией через холедохотомическое отверстие, и таким образом показана возможность выполнения холедохоскопии и холедохотомии с использованием лапароскопической техники без перехода к открытой операции.

Интересным направлением малоинвазивной хирургии, получившим бурное развитие наряду с лапароскопическими операциями, являются вмешательства из минилапаротомного доступа. По данному вопросу было представлено несколько докладов. **Профессор А. М. Шулушко с соавт.** с 1993 года выполнили в клинике 356 таких операций и указывают на ряд преимуществ холецистэктомии из минилапаротомного доступа с помощью специального оборудования компании “САН” (Россия): это сокращение пребывания больного в стационаре, умень-

шение числа послеоперационных осложнений, ускорение процесса физической и трудовой реабилитации. Процесс обучения операциям из минни-доступа проще, стоимость оборудования значительно ниже, чем при лапароскопических операциях. Кроме того, методика значительно проще реализует полный объем оперативных вмешательств на гепатикохоledoхе и адекватна в большинстве urgentных ситуаций.

Профессор А. Д. Тимошин с коллегами остановились на других аспектах данного метода, а именно, на показаниях к вмешательствам из минилапаротомного доступа у больных с желчнокаменной болезнью (ЖКБ). Таковыми являются: хронический калькулезный холецистит и его осложнения; ранее перенесенные операции на органах брюшной полости; кровотечение из ложа желчного пузыря, которое не удается остановить лапароскопически; сопутствующие сердечные и легочные заболевания у больных с ЖКБ. Авторы отмечают, что появление в арсенале хирургов помимо лапароскопической техники специальных инструментов, позволяющих выполнить вмешательство из разреза, не превышающего 4—5 см, дает возможность отказаться от стандартных лапаротомий у всех больных с желчнокаменной болезнью и ее осложнениями.

На конференции было уделено внимание и вопросам обучения хирургов методам малоннвазивной хирургии. Так, **коллектив авторов во главе с профессором А. С. Балалыкиным** в своем докладе отметил, что у лапароскопической холецистэктомии есть характерные осложнения, связанные с освоением техники аподактильного телевизионного оперирования, особенностями применения электрохирургических инструментов и состоянием эндоскопической аппаратуры. Особое место уделено подготовке врача-хирурга к этой операции. Выделено пять условий, которые нужно соблюдать хирургу, приступающему к обучению лапароскопической холецистэктомии:

1. Он должен быть дипломированным общим хирургом, владеющим техникой открытой холецистэктомии.

2. Должен приобрести навыки оперирования на расстоянии с помощью тренажеров.

3. Должен иметь опыт диагностической лапароскопии.

4. Желателен период тренировки на животных.

5. Необходим постепенный переход от ассистирования третьим помощником к оператору видеокамеры, а затем уже необходимо оперировать под контролем опытного хирурга.

Авторами был представлен зеркальный тренажер для обучения хирурга лапароскопическим вмешательствам.

Представляет большой интерес материал **М. В. Авалиани, С. А. Капрапова, В. Ф. Кузнецова и Т. Б. Болдина (Москва)** о возможностях выполнения эндоскопического компрессионного холедоходуоденоанастомоза с использованием магнитных элементов.

О внедрении транспапиллярных эндопротезов сообщили **профессор Ю. И. Галлигер и М. В. Хрусталева**.

М. В. Хрусталева отдельно представила доклад по вопросу эндоскопической ретроградной литотрипсии при холедохолитиазе.

Доклад **С. С. Стебунова и профессора А. Н. Лызикова (Витебск)** был посвящен вопросам изучения реакции организма на стресс и операционную травму в зависимости от объема оперативного вмешательства. Был проведен сравнительный анализ функционального состояния печени, а также некоторых показателей гомеостаза после открытой и лапароскопической холецистэктомии.

Авторами был также представлен видеофильм с демонстрацией фрагмента лапароскопической холецистэктомии с оригинальными техническими моментами, позволяющими повысить безопасность операции и сократить время ее выполнения.

Дискуссию вызвал проблемный доклад **В. Н. Егиева (Москва)** "Эндоскопические папиллосфинктеротомии — так ли они нужны?" о неудовлетворительных отдаленных результатах применения ЭПСТ и о необходимости пересмотра подходов к этой операции, с чем не согласилось большинство участвовав-

ших в дискуссии.

Все представленные доклады были хорошо иллюстрированы слайдами и кинофильмами и заслушаны с большим интересом. Практически все председа-

тельствующие на секциях отметили высокий уровень представленного в докладах материала, а также хорошую организацию конференции и условия ее проведения.

ПЕРВАЯ РОССИЙСКАЯ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКАЯ НЕДЕЛЯ

27 ноября—2 декабря 1995 г., Санкт-Петербург

Проф. А. Н. ЛЫЗИКОВ

Витебский медицинский институт

В работе конгресса принимали участие более 1500 специалистов из всех регионов России, а также из Беларуси, Украины, Молдовы, Таджикистана, Казахстана, Узбекистана, Армении и Грузии. С докладами на конгрессе выступили 19 ученых из стран Восточной и Западной Европы, США и Израиля, в числе которых были выдающиеся ученые В. Вурст (Германия), Дж. Закс (США), М. Ризетто (Италия), Ж. Ш. Рифф (Швейцария). В работе Недели принял участие Президент Европейской гастроэнтерологической федерации профессор К. Гир.

Всего на пленарных и секционных заседаниях было заслушано 227 лекций и докладов, представлено более 200 стендовых докладов. Отличительной особенностью этого научного форума было то, что проблемы гастроэнтерологии обсуждались совместно гастроэнтерологами-терапевтами, хирургами, педиатрами, колопроктологами, эндоскопистами, специалистами по эндоскопической хирургии, патоморфологами, фи-

зиологами, специалистами по лучевым и ультразвуковым методам диагностики.

Были обсуждены методические подходы к диагностике и тактике выбора различных методов лечения при вирусных и невирусных заболеваниях печени, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, заболеваниях поджелудочной железы, толстой кишки, фундаментальные основы кишечной недостаточности и энтерального питания.

В течение всей Первой Российской гастроэнтерологической недели была развернута выставка лекарственных средств, приборов и аппаратуры для диагностики и лечения различных заболеваний. Помимо пленарных заседаний проводились симпозиумы, организованные ведущими зарубежными фирмами и посвященные проблемам фармакотерапии в гастроэнтерологии.

Труды Недели опубликованы отдельным приложением к "Российскому журналу гастроэнтерологии, гепатоэнтерологии и колопроктологии" (№ 3, том 5, 1995 г.).